

الفصل السابع

التحديات الأخلاقية وسبل التعاطي معها

مصطفى خوجلي*

ملخص: بدأ صعود علم الأخلاق الحيوية، بالرغم من تاريخه الطويل منذ العصر الهليني، يسير بشكل مضطرب خلال العقد السادس من القرن العشرين نتيجة القضايا والتحديات الأخلاقية التي أثارها التطورات الاكلينيكية والتكنولوجية والعلمية والوسائل المستخدمة في إنجازها مثل: قضايا الإجهاض، والإنجاب بالمساعدة الصناعية، والموت الرحيم، بالإضافة إلى القضايا الاجتماعية التي نتجت عن مشروع الجينوم البشري.

يناقش هذا البحث في تسلسل تاريخي منذ العصر الإغريقي هذه القضايا ويتعرض لتطور علم الأخلاق الحيوية الحديث من خلال التسلسل الزمني لأهم الأحداث الأخلاقية والقضايا الناتجة عنها خلال الفترة ١٩٤٠ - ٢٠٠٠ بدءاً بمحاكمة الأطباء في نورمبرج عام ١٩٤٧، إلى قضية فصل التوأمين السياميين ماري وجودي في نوفمبر ٢٠٠٠. ثم يناقش تجربة تعليم الاخلاق الطبية لطلاب كلية الطب في الجامعة الاميركية في بيروت مع عرض لنتائج بحث حول مفاهيم الطلاب للأخلاق والقيم ومصادر معلوماتهم. ويخلص في النهاية الى أهمية الاهتمام الجاد بتدريس مناهج علم الأخلاق الحيوية في المراحل المختلفة من الدراسة ما قبل الجامعة وأثناء الجامعة لكن في إطار المدلولات الأخلاقية والدينية للمجتمع.

مقدمة

أصبح علم الأخلاق الحيوية (*Bioethics*) جزءاً هاماً من مقررات كليات الطب في معظم دول العالم المتقدمة، وذلك بهدف اكتساب طلاب الطب القدرة على تفهم وإيجاد التكامل بين العلوم الحيوية والبيولوجية والعلوم الاجتماعية والأساليب الأخلاقية في تفهم الأمور وتحليلها، حتى يلعبوا دورهم كأطباء

* دكتوراه في طب المجتمع والطب المهني، جامعة لندن. أستاذ ورئيس قسم طب العائلة، المركز الطبي - الجامعة الأميركية، بيروت.

يتملكون القدرة على مواجهة التحديات الأخلاقية التي تواجههم يومياً أثناء تدريبهم وأثناء رعايتهم للمرضى.

لقد شهد العقد السابع من القرن العشرين اتجاهاً قوياً وجهداً عظيماً في تطوير مناهج المدارس الطبية، لتشمل "علم الأخلاق الحيوية" وأهميته في التأثير على المواقف والسلوكيات والتصورات الخاصة بالدور المهني المستقبلي لطلاب مدارس الطب، والحد من التآكل في المبادئ الأخلاقية والسلوك الذي يتعرض له الطلاب من خلال مواجهتهم اليومية لمجموعة من الضغوط الانفعالية والاجتماعية التي يشاهدونها في أجواء المستشفيات وشعورهم بأنهم مستجدون وتابعون (بلا حول ولا قوة) إزاء أفعال يساعدون فيها على الرغم من قناعتهم بأنها غير أخلاقية.

لقد بدأ صعود "علم الأخلاق الحيوية"، بالرغم من تاريخه الطويل منذ العصر الهليني، خلال العقد السادس من القرن الماضي نتيجة المسائل التي أثارتها والمآزق الفعلية والمحتملة التي خلقتها التطورات الاكلينيكية والتكنولوجية والعلمية والوسائل المستخدمة في إنجازها مثل: قضايا الإجهاض، والإنجاب بالمساعدة الصناعية، وزراعة الأعضاء، وإطالة الحياة بأساليب صناعية واصطناعية، والتعجيل بالوفاة تجنباً للألم المبرح (الموت الرحيم)، وإجراء الأبحاث الطبية على بعض أفراد البشر القاصرين منهم، والمختلين عقلياً وغيرهم. وبالتالي أصبح علم الأخلاق الحيوية مواجهها بالتعرض لموضوعات كبرى تختص بالحياة وإدامتها وتحسين نوعيتها وطرق تخفيف الألم، وما يتطلبه ذلك من توزيع عادل ومنصف للموارد النادرة التي تشمل توزيع الأعضاء البشرية على المرضى لإطالة حياتهم وتوزيع الرعاية الطبية الجيدة بطريقة عادلة (Wear, et al., 1993).

ولكن يجب أن نشير هنا إلى أن كل التطورات التي ذكرناها آنفاً خضعت للمناقشة والتفهم استناداً إلى أسس عقلانية ومفاهيم لها جذورها، وهي أساساً مبادئ الاستقلال الذاتي (autonomy)، والإحسان (beneficence)، وعدم الإيذاء (non maleficence)، والعدل (justice) وبعض القواعد المشتقة منها مثل السرية

(*confidentiality*)، والحقيقة والصدق (*veracity*). وهذه المبادئ والأسس ترجع الى تاريخ طويل من علم الأخلاق والقيم الأخلاقية.

أولاً: تاريخ الأخلاقيات في الطب

لقد ناقش المفكرون منذ عهد سقراط صفات الانسان الأخلاقي وحاولوا تحديد الواجبات والالتزامات التي تتطلبها الحياة الأخلاقية وكذلك العلاقة بين الفرد والمجتمع. واتفق الفلاسفة والمفكرون على حصر مفهوم الأخلاقيات في ثلاثة محاور هي اللياقة والذوق (*decorum*) وعلم الواجبات المهنية (*Deontology*) والأخلاقيات السياسية (*political ethics*). ويعبر علم اللياقة والذوق عن فضائل داخلية تشمل: الأدب والشجاعة والاحترام والعزم. أما الواجبات المهنية فتستند إلى مفاهيم للواجبات التي يجب أن يقوم بها الفرد ويجد تعبيراً لها في المبادئ والقوانين (Jonsen, 2000). وتعتبر الأخلاقيات السياسية عن دور المجتمع الذي يعيش فيه الفرد. وتلعب هذه المحاور الثلاثة، أي اللياقة والذوق، والواجبات المهنية، والأخلاقيات السياسية دوراً أساسياً في المفاهيم التي استند إليها علم الأخلاق الطبي والحيوي.

١. الفترة الهيلينية والرومانية

(القرن الخامس ما قبل الميلاد - القرن الثالث بعد الميلاد)

تبدأ هذه الفترة بأبوقراط الطبيب الإغريقي (٤٦٠ ق.م - ٣٧٠ ق.م). وتنتهي بجالينوس (١٢٩-١٩٩) الطبيب الروماني. يبدأ الطب الحديث بمجموعة أبوقراط التي تحتوي على ٧٠ مذكرة (كتيب) كتبها أبوقراط وأهمها: المفاهيم، الفن، القانون، اللياقة، الحكيم (الطبيب)، قسم أبوقراط. ويشمل أحد الكتيبات (*Epidemics I*) الذي يقال أنه كتب بواسطة أبوقراط نفسه على النصيحة التالية للطبيب: "أما فيما يختص بالمريض ومرضه - فابذل قصارى جهدك للمساعدة

وابتعد عن إيذاء المريض" (*to help and not to harm*)، أي في تعبير آخر (*beneficence and non-maleficence*). ويعتبر قسم أبوقراط قمة للأخلاقيات وآداب المهنة الطبية، لكن مصدره مجهول (Ludwig, 1967).

يعتبر جالينوس الذي مارس المهنة في روما الطبيب الأساسي الذي حافظ على تقاليد أبوقراط وحاول تطويرها. وفي مقاله المشهور "الطبيب الممتاز هو فيلسوف أيضاً" يقول جالينوس إن الطبيب الذي يحق له شرف المهنة كما عرفها أبوقراط لا بد أن يكون ملماً بجميع جوانب الفلسفة: المنطقية والطبيعية والأخلاقية. وقد هدف جالينوس في كل كتاباته إلى التركيز على شخصية الطبيب. فقد اعتبر أن التعليم والتدريب أساسيان، والأمانة والإخلاص ضروريان والأدب والتهذب عاملان أساسيان في شفاء المريض. وكان جالينوس يعلم أخلاقيات الذوق (Galen, 1997).

٢. الطب بين القرن الخامس والقرن العشرين

خلال القرنين الخامس والسادس تأثر الطب بالكنيسة وتأثر منذ القرن السابع وحتى القرن الثالث عشر بالنهضة الكبرى للإسلام التي كان مركزها بغداد والتي جمعت بين الأفكار الإغريقية والمسيحية والفارسية والإسلامية والهندوسية. وقد صدر في القرن التاسع كتاب (عباد الطبيب) لاسحق بن علي الدحاوي الذي ركز في مجمله على الأخلاقيات الطبية. واحتوى الكتاب على ٢١ فصلاً شملت سلوكيات الأطباء والمرضى والأسرة والزوار ومقدمي الرعاية الطبية، واستشهد المؤلف بأقوال مأثورة من أبوقراط وجالينوس وأرسطو. وقد برز ثلاثة من أشهر الأطباء المسلمين الذين كتبوا رسائل عن الأخلاقيات وهم الرازي والأهوازي وابن سينا (Looy, 1967).

أما خلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر فقد كان التأثير الأكبر للطب البريطاني بحيث تأثرت أخلاقيات المهنة بالكياسة واللفظ الجديرين بالرجل الجنتلمان. وفي عام ١٧٩١ دعت لجنة أمناء مستشفى مانشستر د/ توماس

برسيغال ليعد هيكلية أو خطة للسلوك المهني في المستشفيات والمراكز الطبية الأخرى. وقد نشرت مقالة د/ برسيغال في عام ١٨٠٣م تحت عنوان "الأخلاقيات الطبية: قانون للمؤسسات ومفاهيم للسلوك المهني للأطباء والجراحين." فكان لاستعماله مصطلح الأخلاقيات الطبية (*Medical Ethics*) أثر كبير في إدخال هذا المصطلح في الأدبيات الطبية الأخلاقية. وتتكون رسالته من أربعة أجزاء: الواجبات الخاصة بالمستشفيات؛ السلوك المهني في الممارسة الخاصة؛ العلاقة مع الصيادلة والواجبات الخاصة بالقانون. ولكن أعمال برسيغال لم تجد الاهتمام الكافي في بريطانيا بالقدر الذي وجدته في الولايات المتحدة التي تأثرت كثيراً بأعماله (Roy, 1995).

لقد انتقل الطب البريطاني إلى أميركا مع دخول أوائل المستعمرين البريطانيين وهاجر العديد من الأمريكيين ليتلقوا التعليم الطبي في أدنبره ولندن وباريس. وعندما عادوا إلى الولايات المتحدة أحدثوا تغييرات جذرية في الأخلاقيات الطبية. ومن أوائل المبدعين في هذا المجال الطبيب بنجامين رش من فيلادلفيا الذي كان يحاضر لطلاب الطب عن فضائل الأطباء وسيئاتهم وواجباتهم. وتبنت الجمعية الطبية الأمريكية عند انشائها عام ١٨٤٧م "ميثاق أخلاقيات الطب" الذي كان ترجمة حرفية لرسالة برسيغال. وبدأت منذ ذلك الحين التغييرات التي حدثت في ميثاق الأخلاقيات الطبية الذي تنشره الجمعية الطبية الأمريكية والكلية الأمريكية للأطباء على فترات كان آخرها عام ١٩٩٥ (Burns, 1995).

لقد شهدت الفترة ما بين عام ١٩٤٥ و ١٩٦٥ تطورات عظيمة، فقد تم اكتشاف المضادات الحيوية والأدوية ضد ارتفاع ضغط الدم والأمراض النفسية، وكذلك علاجات السرطان، كما تطورت جراحة القلب والدماغ، وبدأت عمليات زرع الأعضاء، وتم تطوير الأجهزة الميكانيكية لمد أجل الحياة وأجهزة غسيل الكلى وأجهزة التنفس الاصطناعي. وقد شهدت تلك الفترة أحداثاً أخلاقية كان لها تأثير كبير على تطور علم الأخلاق الحيوية (Jonsen, 1998).

٣. أهم الأحداث الطبية الأخلاقية (١٩٤٠-٢٠٠٠)

- ١٦ أغسطس ١٩٤٧: محاكمة الأطباء في نورمبرج

في التاريخ أعلاه تمت محاكمة عشرين طبيباً بتهمة القتل والتعذيب وغيرها من المخالفات غير الانسانية التي ارتكبت باسم "العلم الطبي". لقد أخضع هؤلاء الأطباء المئات من الضحايا لتجارب طبية أدت الى وفاتهم أو تشويههم أو إصابتهم بعاهات مستديمة. وكانت نتيجة هذه المحاكمات من الناحية الأخلاقية وضع ميثاق للمبادئ الأساسية التي يجب اتباعها لاستيفاء الشروط والمفاهيم الأخلاقية والقانونية للأبحاث الطبية، وكان أول بنود الميثاق هو: الموافقة الاختيارية والطوعية للشخص، ويشترط أن تتوفر له الظروف التي تسمح له بالاختيار الواعي دون أي تدخل أو غش أو تضليل أو ضغوطات. واشترط البند الثاني أن تجري التجارب بهدف إحراز نتائج لفائدة المجتمع وأن يكون للشخص الحق في الانسحاب من التجربة في أية لحظة. كانت نتيجة تلك المحاكمات إرساء القواعد الأخلاقية للتجارب التي تطال البشر، وأصبحت تلك القواعد البند الأول في أجندة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Annas & Gordin, 1992).

- ٢٥ أبريل ١٩٥٣: دي. ان. آي DNA: سر الحياة

إن ال دي. ان. آي، مادة حاملة للمعلومات ومتخذة للقرارات وتشتمل على الأوامر اللازمة لصنع البروتينات وتحديد سلسلة الأحماض الأمينية التي تتألف منها. في ٢٥ ابريل سنة ١٩٥٣ نشرت مجلة *Nature* مقالاً للعالمين واتسون وكريك كشف فيه بنية ال دي. ان. آي، مما أفسح المجال أمام عصر علم الوراثة والجينات وكان الخطوة الأولى في فهم سر الحياة فأصبح ذلك الحدث البند الثاني في أجندة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Watson & Grick, 1953).

- ديسمبر ١٩٥٤: زرع الكلى عن طريق النقل (*Renal Transplantation*)

قام الطبيب جوزف مري في ٢٣/١٢/١٩٥٤ من بوسطن بنقل كلية من شخص عمره ٢٤ عاماً الى جسم توأمه المطابق الذي عاش لمدة ٨ أعوام بعد

عملية نقل الكلى - وكانت هذه العملية أول تحدٍ لأحد أسس علم الأخلاق "عدم الإيذاء" - فنقل كلية سليمة من شخص سليم عمل منافٍ لمبدأ "عدم الإيذاء" - (*non-maleficence*) ولا يوجد شيء يبرر هذا التدخل حتى ولو تم برضى الشخص المتبرع. كما أثار هذا الحدث أسئلة فيما يختص بمصدر الأعضاء وعدالة توزيعها وبالتالي أصبحت التساؤلات التي أثارها هذا الاختراع المبدع البند الثالث من أجندة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Meritt et al., 1959).

- ٩ مارس ١٩٦٠: الغسيل الدموي للكلى (ديليزة الدم) (*Hemodialysis*)

تم في مارس ١٩٦٠ اخضاع السيد شيلدز البالغ من العمر ٣٩ سنة والذي كان على وشك الموت نتيجة الهبوط الكلوي، إلى غسيل الدم لتنظيفه من التسممات الاستقلابية. وقد أدى هذا النجاح إلى عدة تعقييدات تمس اسس الاخلاق الطبية، وهي غياب العدالة بسبب عدم توفر الامكانيات لكل المرضى في الوقت نفسه وخاصة إذا كانت التكلفة عالية. وأصبح الأطباء مواجهين بتحديد من سيحيا، ومن سيموت، وما هي الأسس التي سيتم عليها اختيار الأشخاص الذين سيتلقون العلاج. وكان هذا هو البند الخامس في أجندة علم الاخلاق الحيوية الحديث (Kjellstanol, 1996; Alexander, 1962).

- مايو ١٩٦٠: موانع الحمل الفموية

أعطت إدارة الأغذية والأدوية في الولايات المتحدة الموافقة على استعمال عقار (أنغويد) كمانع للحمل وهو مكون من البروجسترون والاستروجين. وقد أثار استعمال هذه الحبوب سؤالا أخلاقيا قديما جداً: أليس منع الحمل عملاً لا أخلاقياً ضد الطبيعة وضد المشيئة الالهية؟ وطرح هذا التساؤل البند الرابع في أجندة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Vaughn, 1970).

- ٣ ديسمبر ١٩٦٧: زرع القلب عن طريق النقل (*Heart Transplantation*)

قام الدكتور كريستيان بارنارد في جنوب أفريقيا في ٣٠/١٢/١٩٦٧ بنقل قلب نابض من مريض في حالة غيبوبة دماغية غير انعكاسية وزرعه في

صدر لويس واشكنسكي البالغ من العمر ٥٥ عاماً. وقد عاش السيد واشكنسكي لمدة ١٨ يوماً ثم توفى. وبنجاح هذه العملية برز إلى السطح السؤال الأخلاقي الخالد: ما هو تعريف الموت لأولئك المرضى الذين سيتم نقل قلوبهم إلى أشخاص آخرين؟ ولنجاح ازدياد القلب لا بد أن يكون القلب نابضاً لنجاح العملية، وبالتالي أصبح إيجاد تعريف للموت غير "توقف القلب والتنفس" البند السادس في أجنحة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Robin, 1964; Stickel, 1966)

٥ - أغسطس ١٩٦٨: تعريف الموت الدماغى

كان الأطباء خلال القرون السابقة يعلنون موت المريض عندما يتوقف التنفس والنبض نهائياً. لكن أجهزة التنفس الاصطناعي في إمكانها الحفاظ على تنفس المريض لسنوات عدة بالرغم من فقدانه التام للوعي. وللخروج من هذا المأزق نشرت مجلة نيوانغلند الطبية في ١٩٦٨/٨/٥ تعريف لجنة من هارفارد للغيبوبة غير الانعكاسية - وتبناه العديد من الولايات في أمريكا - وبالتالي تعريف الموت الدماغى الذي يسمح بنقل الأعضاء وهي محتفظة بوظائفها الفسيولوجية! ونتج عن هذا التعريف مأزق أخلاقي حول تعريف الموت وأصبح البند السابع في أجنحة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Harvard Medical School, 1968).

٢٦ يوليو ١٩٧٢: مأساة نسكي، الألباما (الولايات المتحدة)

لقد أثار الكشف في ١٩٧٢/٧/٢٦ عن مأساة البحث الذي أجرته وزارة الصحة العامة في أمريكا لمدة أربعين عاماً والذي أخضعت فيه ٦٠٠ فرد من السود في مقاطعة نسكي في الألباما لمرض الزهري دون علاج، صدمة في كل أنحاء العالم. لقد بدأت الدراسة في عام ١٩٣٢ بهدف معرفة التاريخ الطبيعى لمرض داء الزهري، وبالرغم من اكتشاف البنسلين لم يتورع الباحثون عن الاستمرار في تجاربهم غير الأخلاقية. وأثارت هذه التجربة كل التساؤلات عن أخلاقيات البحث وشروطه، وأصبحت تمثل البند الثامن في أجنحة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Brant, 1978).

– ٢٢ يناير ١٩٧٣: روضد ويد

رفعت إحدى السيدات الأمريكيات قضية في تكساس ضد الولاية تطالب بحقها في أن تجهز خلال الثلث الأول من الحمل حسب نصيحة طبييها. وقد حكمت المحكمة في صالحها استناداً إلى حقها وإلى ميثاق الحقوق الفردية واستناداً إلى أن الجنين في تلك الفترة "ليس انساناً" ولذلك لا يتمتع بحقوق الفرد. وأثارت المحكمة سؤالاً أخلاقياً خالداً وهو: متى تبدأ الحياة؟ وهذا السؤال ذو علاقة قوية بمشكلة الإجهاض وبالتطور في التكنولوجيا الإيجابية. وأصبح يمثل البند التاسع في أجددة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Jonsen, 1998).

– ١٤ أبريل ١٩٧٥: كارين آن كونيان

أدخلت كارين آن كونيان البالغة من العمر ٢١ عاماً المستشفى في ١٤/٤/١٩٧٥ وهي في حالة غيبوبة نتيجة تعاطيها كمية من حبوب الفاليوم بالإضافة إلى الكحول وتم وضعها على جهاز التنفس الاصطناعي. ولكن خلال الشهور الخمسة التالية تدهورت حالها وأصبحت في حالة نباتية دائمة (vegetative state) ما يعنى أنها ستستمر في غيبوبة كاملة مع احتفاظها بوظائف نباتية – أي قدرتها على التنفس، والتغذية، والتخلص من الفضلات إلى ما لا نهاية. وطلب الوالدان من الأطباء وقف التنفس الاصطناعي وتركها لتتوفى بهدوء. ونتيجة لرفض الأطباء رفع الوالد قضية ضد المستشفى. وحكمت المحكمة لصالح الوالدين. وقد لفتت هذه القضية كل الأنظار إلى معجزات العناية الفائقة وإطالتها لأمد الاحتضار، وأثارت أسئلة أخلاقية متشعبة حول القرارات الإكلنيكية بشأن إيقاف العلاج المطيل لأمد الحياة. وكان هذا البند العاشر في أجددة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Jonsen, 1998).

– ٢٥ يوليو ١٩٧٨: الطفلة لويس براون

ولدت الطفلة لويس جوي براون في ٧/٧/٧٨ في مانشتسر في إنجلترا نتيجة زرع الجنين المخصب في المخبر في رحم السيدة براون والدة الطفلة، وأطلقت أجهزة الإعلام اسم طفلة الأنابيب على لويس. وقد أثارت هذه الحادثة

الفريدة من ذلك الوقت عاصفة أخلاقية هوجاء. إذ إن التجربة فتحت الباب لإمكانية التلاعب وتصميم البشر واستنساخهم. وأثارت عدة أسئلة أهمها: هل مقبول أخلاقياً إنتاج الأطفال من الأنابيب عوضاً عن رحم الأم؟ هل يجب السماح بتصميم الأطفال حسب رغبة الأطباء والوالدين؟ كما طرح العديد من التساؤلات حول ملكية الأجنة المخصبة وحقوق الأبوة المشتركة الخ.. وأصبحت كل هذه التساؤلات البند الحادي عشر في أجندة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Edwards & Steptoe, 1980).

– ١٥ أبريل ١٩٨٢: الطفل دو

منذ بداية السبعينات بدأ علم الأجنة يواجه مأزقاً أخلاقياً يتمثل في السؤال التالي: هل يجب إنقاذ كل الأطفال حديثي الولادة من الموت بالرغم من أنهم سيعيشون حياة غير طبيعية؟ وكان العديد من الأطفال حديثي الولادة يتوفون في قسم الرعاية المركزة للحضانة بتركهم خارج أجهزة التنفس الاصطناعي. وفي أبريل ١٩٨٢ تمت ولادة طفل في أنداينا بالولايات المتحدة يعاني من "ملازمة داون" (Down's Syndrome) وانسداد في إمعائه. وكان من السهل إجراء عملية جراحية لإصلاح الانسداد في الإمعاء لكن العجز في النمو سيبقى دائماً. ورفض الوالدان السماح بإجراء العملية الجراحية. ورفعت إدارة المستشفى قضية ضد الوالدين لكن المحكمة أصدرت حكمها لصالح الوالدين وتوفى الطفل في ١٥/٤/١٩٨٢ وأطلق عليه اسم دو. وأثارت هذه الحادثة قضية أخلاقية كبرى: "التمييز في المعاملة ضد الأطفال المعاقين". وصدرت عدة قوانين توجب تقديم كل الرعاية المطلوبة إلى كل الأطفال مهما كانت إعاقاتهم. وأصبحت القضايا الأخلاقية في تقديم الرعاية المركزة لحديثي الولادة البند الثاني عشر في أجندة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Duff & Cambell, 1973).

– ٣ ديسمبر ١٩٨٣: القلب الاصطناعي

كان طبيب الأسنان بارني كلارك، ٦١ عاماً، أول مريض يستبدل قلبه الطبيعي بقلب اصطناعي في ٣/١٢/١٩٨٢ - وعاش كلارك ١١٢ يوماً من

المعاناة والتقلبات في صحته حتى وفاته في ٢٣/٣/١٩٨٣ . وأثارت هذه التكنولوجيا عدة أسئلة أخلاقية: ما هو مقياس الفائدة للمريض؟ ومن يقرر استعمال التكنولوجيا؟ ومن الذي سيغطي التكاليف الباهظة، شركات التأمين أم المجتمع؟ وبالتالي دخلت هذه الأسئلة أجندة علم الأخلاق الحيوية الحديث لتصبح البند الثالث عشر (Shaw, 1984).

– فبراير ١٩٩٧: النعجة دولي

ذهل العالم لاستنساخ النعجة "دولي" من خلايا بالغة في مختبرات روزلن قرب أدنبره في اسكتلندا، في شهر فبراير ١٩٩٧ لأن هذه التجربة فتحت المجال أمام استنساخ البشر. وقد أثار نجاح الاستنساخ نشوء مقاومة للمعالجات الجينية، ويتمحور العلاج الجيني حول أهم مبادئ الأخلاقيات ألا وهي عدم الإيذاء والاستقلالية والعدالة، مما جعل مجمل هذه القضايا البند الرابع عشر في أجندة علم الأخلاق الحيوية الحديث (Laptan, 1999).

– ١٦/٨/٢٠٠٠: التوأمان السياميان ماري وجودي

شغلت ولادة التوأمان السياميين في ١٦/٨/٢٠٠٠ في إنجلترا واللتين أطلق عليهما اسما ماري وجودي الرأي العام العالمي بما أثارتها من قضايا أخلاقية. فقد ولدتا ملتصقتين وتعيشان على رئة واحدة وقلب واحد موجود في قسم جودي. وإذا بقيتا كذلك ستتوفيان خلال ستة أشهر وإذا تم فصلهما ستتوفى ماري لتعيش جودي. ورفض الوالدان عملية فصل الطفلتين مما اضطر الأطباء لرفع القضية إلى المحكمة التي حكمت أخيراً بإجراء العملية. وقد أثارت هذه القضية مرة أخرى عدة تساؤلات أخلاقية: هل يحق للطبيب إيذاء إحدى الطفلتين؟

ومن يحق له أن يحدد من يعيش ومن يتوفى؟ وإذا كانت هذه إرادة الله فهل يحق للبشر التدخل؟ وكان ذلك البند الخامس عشر في أجندة علم الأخلاق الحيوي الحديث.

٤. نشوء علم الأخلاق الحيوية

أظهرت الحالات الخمس عشرة المذكورة أعلاه منذ محاكمة نورمبرج الى قضية التوأمين السياميين ماري وجودي أهمية القيم الأخلاقية والحفاظ على اخلاقيات الطب. ونتيجة تقدم التكنولوجيا تقدماً سريعاً مذهلاً تتولد صعوبات أخلاقية لا حد لها حاولنا تلخيصها في البنود الآتفة الذكر ومن المفيد تلخيصها مرة أخرى وهي:

- التجارب غير الأخلاقية دون موافقة المرضى.
- ما هو سر الحياة؟
- زراعة الأعضاء، مصادرها وعدالة توزيعها وهل يحق بيعها وشراؤها؟
- هل منع الحمل عمل غير اخلاقي؟
- في حالة قدرة أجهزة العلاج، من يقرر الأولوية وما هي الأسس؟
- تعريف الموت: ما هو الموت الدماغي وهل المريض حي أم ميت؟
- الاجهاض، وسؤال متى تبدأ الحياة، وهل الجنين انسان أم لا؟
- ما هي الحياة النباتية والى متى نطيل فترة الاحتضار؟
- اطفال الأنابيب وهل مسموح تصميم الأطفال وتصنيفهم حسب رغبتنا؟
- ومن يمتلك ملكية الأجنة المخصبة؟
- هل يحق للأطفال المعاقين الحياة الطبيعية وتوفر الرعاية الطبية الكاملة؟
- في حالة القلب الاصطناعي ما هي نوعية الحياة التي نريدها ومن يغطي التكلفة؟
- الاستنساخ، وهل يسمح باستنساخ البشر؟
- وأخيراً هل يحق للطبيب أن يحدد من يحيا ومن يموت؟

بنهاية الحرب العالمية الثانية بدأ الكثير من العلماء الذين انزعجت ضمائرهم بسبب القوة المدمرة التي اطلقها الانجاز العلمي باكتشاف القوة النووية، يقلقون على الخطورة التي يطلقها التقدم العلمي. ودارت مناقشات هادفة بين العلماء الطبيعيين وأساتذة الفلسفة واللاهوت نتج عنها الكثير من

التقدم في علم الأخلاقيات. ونشر هانز جونس، أستاذ الفلسفة، في عام ١٩٦٩ مقالات عدة عن الاخلاقيات في إجراء التجارب على البشر وحول مفهوم الموت. كما أصدر بول رامزي في عام ١٩٧٤ كتابه "المريض كانسان" الذي القى فيه الضوء بطريقة نقدية على بعض القضايا مثل الموافقة الواعية، وزراعة الكلى وإجراء البحوث على الأطفال.

ظهر مصطلح علم الأخلاق الحيوية (*Bioethics*) في الستينات من القرن العشرين ليصف عالماً يرتبط فيه التقدم العلمي بالقيم الانسانية والبيئية ارتباطاً تطورياً لخلق مجتمع يسوده السلام وحقوق الانسان واحترام انسانية الفرد.

ما كان أمتع للعقل لو تم التفكير بالجوانب الأخلاقية للتكنولوجيا الإحيائية الحديثة وتم التأسيس لهذه الجوانب قبل انطلاق تلك التكنولوجيا، لكن العكس هو الذي حدث، كما هي الحال في كل الأحيان تقريباً. فالتكنولوجيا تتغير وتتطور بسرعة مذهلة وتتولد بالتالي صعوبات اخلاقية لا حد لها، تتحول بعض الأحيان إلى خيارات مستحيلة سنتعرض لها في الفقرات التالية.

ثانياً: تحديات القضايا الأخلاقية الناشئة عن تطور التكنولوجيا الإحيائية

في ابريل ١٩٥٣ فجر العالمان واتسون وكريك بكشفهما عن بنية الـ "دي إن أي" نقطة تحول في علم الوراثة ومن ثم تم تحديد الكود الجيني في عام ١٩٦٠. ويفسر هذا الكود تسلسل الأحرف في لغة "دي إن أي" وتستخدم الكائنات الحية الكود نفسه. وبدأت البحوث تتوالى حتى اكتمل في العام ١٩٦٦ فك شفرة الكود الوراثي بشكل كامل، وتم اكتشاف تقنية الـ دي إن أي المأشوب (*recombinant DNA*) في عام ١٩٧٢. في بداية الثمانينات أنجز العلماء التقنيات اللازمة لاستنساخ الجينات (المورثات) المفردة وسلسلتها ودراسة عملها في الخلايا الحية للحيوانات والبشر (Botstein et al., 1980). فالمعروف أن هنالك ٢٣ زوجاً من الكروموزومات، لكل فرد من البشر، تحتوي على جميع المعلومات الوراثية حول هذا الفرد.

١. مشروع الجينوم البشري

تندمج البويضة والحيوان المنوي ليشكلا خلية من ٣ بلايين زوج أساسي، وتحتوي هذه الأزواج على حوالي مليون جينة. يهدف مشروع الجينوم البشري فك شفرتها كلها وعلى نوع حاسم، وقد استطاع المشروع أن يحقق نجاحات باهرة في هذا المضمار تضمن له تحقيق أهدافه بنهاية هذا العام أو بداية العام القادم. ويترب العالم جميعه نتائج هذا المشروع وترجمتها بشكل عادل ومناسب الى أساليب لمعالجة المرضى ومكافحة الأمراض المزمنة والوقاية منها (Collins, 1999).

ولكن هذا المجال يواجه تحديات كثيرة علمية واخلاقية. فمن الناحية العلمية إن معظم الحالات المرضية المزمنة اكثر تعقيداً وتعكس تداخلاً قوياً بين الجينات والبروتينات التي تنتجها. ففي أمراض مثل أمراض القلب والسرطان والسكري والأمراض العقلية تكون هنالك عشرات من الجينات متداخلة في فعاليتها ويبقى تحديد مساهمة كل منها من المهام الكبيرة التي ما تزال تنتظر العلم.

ويفتح نجاح مشروع الجينوم البشري الباب على مصراعيه للمطالبة بتوفير برامج تحر (screening programs) لتحديد قاعدة النمط الوراثي لكل الأفراد في أعمار صغيرة، حتى يستطيع الفرد معرفة إمكانية تعرضه لمرض ما وبالتالي العمل على الوقاية منه واجتنابه، وربما كان هذا هو الطب الوقائي الحقيقي الذي تتوق اليه البشرية. وقد يتحقق هذا لأن قدراتنا على التعامل مع الحجم المتنامي من المعلومات وتحليلها يزداد كل يوم باستخدام تكنولوجيا الرقائق الصغيرة (Microchips) أو غيرها من الأساليب التي سيتم تطويرها خلال الأعوام القادمة (Hepurn, 1996; Eisenberg & Schenker, 1997; Smith, 1998).

٢. القضايا الأخلاقية والاجتماعية

يطرح مشروع الجينوم البشري عدة تساؤلات أخلاقية واجتماعية وقانونية وعلينا،كلنا أن نحاول الإجابة عليها وربما التعامل معها في المستقبل. مثلاً، هل

من المتوقع أن تتوفر الفحوص الجينية لكل فرد في المجتمع أم ستكون مقصورة على القادرين؟ هل سيرغب معظم الأشخاص أن يعلموا في سن مبكرة بأنه قد يتطور لديهم مرض خطير؟ أم سيفضلون ألا يعلموا؟ وهل يجب على الآباء والأمهات أن يخضعوا أطفالهم القصر لهذه الفحوص أم يتركوهم يقررون ذلك بأنفسهم عندما تبلغ أعمارهم الثامنة عشرة؟ ومثلاً، في حال اكتشاف أن إحدى النساء تحمل جينة يمكن أن تؤدي الى سرطان الثدي، مثلاً هل ستخضع لجراحة وقائية لاستئصال الثديين؟ مع العلم بأنه ليس من المؤكد أن كل امرأة تحمل هذه الجينة سوف تصاب بسرطان الثدي، كما أن الجراحة الجذرية لا تمنع السرطان من الظهور في مواقع أخرى من الجسم؟ والسؤال الأهم كيف يمكن لنا أن نمنع اساءة استخدام المعلومات الجينية والممارسات التي يمكن أن تنتج عن سوء استخدام كهذا؟

يمكن تلخيص أهم القضايا التي سيواجهها المجتمع العالمي نتيجة مشروع الجينوم البشري في أربعة محاور أساسية:

أ. قضايا التأمين الصحي للأشخاص المشتبه أن لديهم عوامل خطر جينية؛

ب. التمييز في فرص التوظيف والعمل للأشخاص المعرضين لمخاطر جينية؛

ج. الاحتفاظ بسرية المعلومات والسجلات الصحية للأشخاص المعرضين للخطر؛

د. تعليم العاملين وتدريبهم في مجال الرعاية الصحية.

أ. قضايا التأمين الصحي

إذا ما تبين أن شخصاً ما يعاني من خلل جيني قد يعرضه لمرض ما، فإن شركات التأمين قد ترفض التأمين له أو ربما تضاعف من المبالغ التي يجب عليه دفعها. ولكن هذا التمييز غير عادل لأننا لا نختار الـ "دي إن آي" الخاص بنا. وفي الوقت نفسه، إذا ما تم الكشف على كل الجينات فإن الاحتمال كبير أن تكون إحداها مصابة. أما إذا ما اتخذ الاستعداد الجيني للمرض ذريعة للتمييز فربما أصبح من الصعب توفير التأمين الصحي بشكل مقبول لأحد ما (Hendriks, 1996; Verma & Sonia, 1997).

ب. التمييز في فرص التوظيف

سيصبح التمييز في فرص العمل والتوظيف استناداً إلى الاستعداد الجيني للمرض قضية حادة لا بد من معالجتها. هل يتحتم علينا كمجتمع أن نقدم الحماية لهؤلاء الأشخاص أم نلوذ بالصمت. ولن تصبح الشهادات العلمية والكفاءة هي الأساس للاختيار بل الاستعداد الجيني للمرض سيكون هو أساس الاختيار.

ج. سرية المعلومات والسجلات الصحية

نتيجة خطورة المعلومات عن الفحص الجيني وتأثيرها على التمييز في فرص العمل وفي التأمين الصحي، لا بد من الحفاظ على سرية السجلات الصحية بدرجة عالية والالتزام بعدم توفر هذه المعلومات إلا بعد الموافقة الخطية من المريض نفسه.

د. تعليم العاملين في مجال الرعاية الصحية

لقد أظهرت بحوث واستطلاعات عدة أن العاملين في الرعاية الصحية على كل المستويات غير مدربين على الثورة الجينية وانهم غير جاهزين للتعامل مع المعلومات الجينية، إذ يستلزم فهم نتائج الفحص الجيني أن يكون الفرد متمكناً من مبادئ علم الجينات ومن أسس الوراثة والنفوذية (*Penetrance*) المنديلية ومن احتمالات الخطر في كل حالة على حدة. وسيحتاج العاملون في الرعاية الصحية الذين يقدمون إرشادات جينية إلى اتخاذ أساليب إنسانية في تغاطيهم مع المرضى، كما سيحتاجون إلى أن يتعلموا كيف يتجنبون فرض التوجيهات على المرضى في الحالات التي يكون فيها الاتجاه الصحيح للعمل غير واضح.

٣. هل الهموم الأخلاقية ترف للدول المتقدمة؟

يجادل بعض المفكرين أن الهموم الأخلاقية بمعظمها ترف للدول المتقدمة ولا يمكن لدول العالم الثالث أن تدفع التكاليف التي ستترتب عنها. ويجري

التسويق للدعوة الى فصل الأخلاقيات عن التكنولوجيا بواسطة قطاع التكنولوجيا الإحيائية والشركات الدولية العاملة فيه. فهذه الشركات التي تؤيد طمر النفايات النووية في العالم الثالث ونقل الصناعات الملوثة ومنتجات التبغ اليه، تجادل أن الجائع لا يقيم وزناً للأخلاقيات والسلامة. إن تفريغ العلم والتكنولوجيا وفصلهما عن الأخلاقيات سيفتح الباب على مصراعيه أمام المؤسسات التي تتحكم بها الرغبة في الربح لإحكام قبضتها أكثر فأكثر.

أما أنا فأجادل أن الأخلاقيات الحيوية مهمة جداً في دول العالم الثالث للأسباب التالية:

أ. إن الأخلاقيات والقيم من العناصر المميزة للشخصية الثقافية والحضارة التعددية في الشرق الأوسط والشرق الأقصى وأميركا الجنوبية.

ب. تحدد القيم سياق التطور للتكنولوجيا الإحيائية على أساس قضايا السلامة. فالأخلاقيات في علم الأحياء والقرارات القائمة على القيم من الضروريات في العالم الثالث لأن التكنولوجيا الإحيائية، كأى تكنولوجيا، ليست ذات مفاعيل حيادية.

يجادل بعض الكتاب أن إعادة هندسة الفواكه والخضار عملية واعدة في العالم الثالث ويقدمون مثلاً على ذلك بندورة الـ "فالفر سافر". إن بقاء الفواكه والخضار المعادة هندستها معروضة على الرفوف لمدة طويلة دون تلف يفيد التاجر وليس المستهلك. البديل هو التقليل من المسافة التي يجب أن تقطعها الأطعمة لتصل إلى المستهلك. فالأطعمة الأساسية يجب أن تزرع محلياً لأن نقل هذه الأطعمة لمسافات طويلة يخدم تجار المنتجات الزراعية العالميين. أما المستهلك فبحاجة الى طعام طازج منتج محلياً يستهلكه في أقرب مكان ممكن من نقاط الإنتاج.

ج. إن الإعلان أن الأخلاقيات والقيم ليست ذات شأن في العالم الثالث فيما يختص بالتكنولوجيا الإحيائية هو دعوة الى الكارثة.

٤. خلاصة

خلال السنوات العشرين المنصرمة، ركز الأطباء جهودهم في مجال علم الأمراض على مستوى الخلايا والجزيئات. وبسبب حماسهم الى الإمكانيات الاستثنائية الموعودة في علم الأحياء الجزيئي لتحقيق فهم أفضل لآليات المرض، ادعوا أشياء كثيرة كانت في الغالب متسرعة. من الأمثلة البارزة على ذلك مقال للباحث المميز في مجال علم الأحياء الجزيئي، لوري هود. في هذا المقال، الذي يحمل عنوان "علم الأحياء والطب في القرن الحادي والعشرين"، يقول هود:

"سيغير تشخيص الجينات ذات الدلالات المرضية الممارسة الأساسية للطب في القرن الحادي والعشرين. قد يكون بالإمكان بعد عشرين سنة الحصول على "دي إن آي" من المواليد الجدد وتحليل خمسين جينة أو أكثر، بحثاً عن أشكال من الصنويات التي يمكن أن تعرض الطفل لكثير من الأمراض الشائعة - كأمرض شرايين القلب، أو السرطان، أو الأمراض المنيعية للذات (autoimmune)، أو الأمراض الناتجة عن خلل في الاستقلاب. سيكون لكل جينة معتلة نظام علاجي سيطوق أوجه القصور في الجينة المعتلة. وهكذا سينتقل الطب من أسلوب رد الفعل (أي معالجة المرضى المعتلين) الى أسلوب الوقاية (إبقاء الناس في صحة جيدة). ويجب على الطب الوقائي أن يمكن معظم الأفراد من العيش بشكل طبيعي والتمتع بصحة جيدة ووعي عقلي بعيداً عن المرض" (Hood, 1992).

على كل من يعتقد أن فحصاً جينياً بسيطاً عند الولادة سيؤدي الى التنبؤ بالسن الذي ستحدث فيه نوبة قلبية أو سيشهد بداية مرض السكري أن يعيد التفكير في الموضوع. قد يحصل ذلك في المستقبل البعيد عندما يتضح التفاعل بين آلاف الجينات التي نحملها وتأثير البيئة وعوامل الشيخوخة. لكن تعقد هذه التفاعلات يوحي بأن الصورة لا يمكن أن تتضح في المستقبل القريب. لذلك وجب على كل العاملين في حقل التربية والتعليم على كل المستويات وخاصة في مدارس الطب الاهتمام الكبير بتدريس علم الاخلاق الحيوية - على وتيرة متدرجة لأهميتها للجميع.

ثالثاً: التعليم الطبي والأخلاق الحيوية: تجربة الجامعة الأميركية في بيروت

خلق التقدم العلمي والثورة التكنولوجية الإحيائية في المجالات المختلفة التي ذكرناها سابقاً، بالإضافة إلى الثورة الجينية التي نشهدها اليوم، ظروفاً جديدة تستلزم أن تكثف المدارس الطبية جهودها في تعليم طلبتها كل جوانب المكونات السلوكية والاجتماعية والنفسية الاجتماعية والإنسانية والأخلاقية لكل من الصحة والمرض، والتعامل مع المرضى بصفقتهم أشخاصاً. كما يجب تعليمهم السمات الخلقية وطرق التعامل التي يجب أن يتسم بها الأطباء والعاملون في الرعاية الصحية والتزامهم بالآداب المهنية وأسس الأخلاقيات الطبية وعلم الأخلاق الحيوية. ومن الواجب أيضاً تعليم الأطباء كيف يشعرون وكيف يضطلعون بمسؤولياتهم المهنية الأكبر والتي تتمثل في خدمة المجتمع وتحقيق "المصلحة العامة".

يعود بروز دور الأخلاقيات الطبية في التعليم الطبي إلى ما يقرب من ٢٥٠٠ عام، ولكن بالرغم من ذلك لم تضمن في مقررات التعليم الطبي بشكل رسمي إلا خلال الثلاثين عاماً الأخيرة (Miles et al., 1989). و كان هذا نتيجة للمجهودات التعليمية في شمال أمريكا لتنمية القيم والمفاهيم الاجتماعية لدى طلاب الطب وخاصة في إطار الثورة التكنولوجية الإحيائية. ودعم هذا الاتجاه اهتمام الجمعيات المهنية الطبية بالصفات الإنسانية للطبيب، الأمر الذي يؤثر على اختيار نوعية جيدة من الطلاب (Warren, 1984). ونتيجة هذا الاهتمام تقرر أن يحظى تعليم الأخلاقيات الطبية بمكان رسمي في مقررات كليات الطب (Boyd, 1987; Consensus Statement, 1998). ومع بداية التسعينات أصبح علم الأخلاقيات الطبية جزءاً أساسياً من مقررات كليات الطب في الولايات المتحدة (Fox et al., 1995). وفي المملكة المتحدة أوصى المجلس الطبي العام في وثيقة "أطباء الغد" التي أصدرها عام ١٩٩٣ حول مستقبل تعليم الطب (General Medical Council, 1993)، اعتماد علم الأخلاقيات الطبية كجزء أساسي من المقرر الطبي.

أدى إدخال علم الأخلاقيات الطبية في مقررات التعليم الطبي بشكل رسمي إلى بروز مناهج ومقررات مختلفة و متنوعة لتعليم الأخلاقيات الطبية. تحتوي هذه المناهج على أهداف ووسائل متنوعة ومختلفة، وهناك اتفاق بين العاملين في مجال علوم الأخلاقيات الطبية على عدم وجود نموذج واحد لتعليم علم الأخلاقيات، لكن يوجد تفاهم حول محتويات مقرر علم الأخلاقيات الطبية الذي يدرس لطلاب كليات الطب. ولم تكن كلية الطب بالجامعة الأمريكية في بيروت بعيدة عن هذه التطورات حيث أدخلت تدريس علم الأخلاق الحيوية وعلم الأخلاقيات الطبية كجزء من المقرر منذ عام ١٩٩٣. وسأتناول في هذا البحث خبرة تدريس علم الأخلاق الحيوية في هذه الكلية. يلتحق الطالب بكلية الطب بعد إكماله الدراسة الجامعية في علم الأحياء وحصوله على درجة *B.Sc.* أو *B.A.* ويقضي أربعة أعوام في دراسة الطب، إذ يدرس العلوم الأساسية مثل علم التشريح ووظائف الأعضاء والكيمياء الحيوية في العام الأول، ثم علم الأمراض والصيدلة ومبادئ الوبائيات ومدخل إلى الطب الداخلي قبل انتقاله إلى السنة الثالثة ليبدأ الدراسة الإكلينيكية والسريية. وخلال هذه السنة يقدم إلى الطالب مقرر علم الأخلاقيات الطبية.

١. أهداف المقرر واسلوبه ومحتواه

يهدف المقرر إلى التالي: (١) توضيح معنى المبادئ الأخلاقية الحيوية الأساسية وأهميتها؛ (٢) توعية الطالب بأهمية القضايا الأخلاقية وأبعادها التي يجابها أثناء عمله اليومي؛ (٣) الرفع من اهتمام الطلاب بتأثير الأخلاقيات على العمل المهني؛ (٤) مساعدة الطلاب على التفرقة بين المواقف الأخلاقية والمشاكل والقضايا الأخلاقية؛ (٥) إعطاء الطالب هيكلية مفاهيمية تساعده في التحليل الأخلاقي للقضايا الطبية الأخلاقية في مواقف مهنية مختلفة.

ويتكون المقرر من مجموعة من السمنارات والمحاضرات تتبلور حول "دراسة حالة" (*case study*) تتبعها مناقشة ضمن مجموعات صغيرة، ثم تقدم كل مجموعة رأيها عن حالات الدراسة والخطوات التي ستتبعها في معالجة الحالة من الناحية الأخلاقية، وتتم المناقشة ضمن المجموعة الكبرى التي تتكون من ٣٥

طالباً بإشراف الأستاذ الذي يقدم الموضوع. ويشارك في التدريس أساتذة من مختلف التخصصات السريرية في كلية الطب بالإضافة إلى مشاركة أساسية من أستاذ الفلسفة والأخلاقيات في الجامعة وكذلك مشاركة المستشار القانوني لنقابة الأطباء.

في بداية العام الدراسي وقبل دراسة المقرر يقوم طلبة السنة الثالثة بأداء قسم أبوقراط، ثم يقدم المقرر الذي يتكون من إحدى عشرة جلسة تتناول المواضيع التالية:

مقدمة في مبادئ الأخلاقيات وهيكلية للتحليل الأخلاقي، مفهوم الواجبات الأدبية (Deontology) ومذهب المنفعة (Utilitarianism)، القضايا الأخلاقية في الطب الداخلي بما في ذلك تعريف الموت، قضايا زرع الأعضاء عن طريق النقل والتوزيع العادل للأعضاء، الاختلافات الأخلاقية بين الفعل والحذف وبين القتل وترك المريض يموت، المفاهيم الأخلاقية في علم الولادة وأمراض النساء، المآزق الأخلاقية في علم حديثي الولادة و القضايا الخاصة بالأطفال الذين يعانون من التشوهات الولادية، الأبوية واحترام استقلالية المريض، المفاهيم الأخلاقية في ممارسة علم النفس، العلاقات المهنية بين العاملين في الرعاية الصحية، الأخلاقيات الطبية الحيوية والقانون.

ومن خلال هذه المواضيع ومناقشتها يتم تحقيق أهداف المقرر. إن تحقيق الأهداف يقود إلى تحقيق الهدف الأساسي من تعليم علم الأخلاقيات الطبية ألا وهو توفير معرفة عملية لطبيب المستقبل تجعل لديه المقدرة على تفهم القيم الأخلاقية خلال المعالجة السريرية. إن هذا المنهج سيؤدي إلى تخريج أطباء لديهم الإمكانية لتحليل المواقف السريرية وتحديد أية قضايا أخلاقية ذات تأثير على الرعاية الجيدة للمريض. ويكون هؤلاء الأطباء على دراية بقيمهم ومعتقداتهم و قيم و معتقدات الأشخاص الآخرين الذين قد يؤثرن في اتخاذ القرار مثل المريض، عائلة المريض، الزملاء في المهنة، أعضاء الفريق الصحي. ولذلك كان من الضروري معرفة مصادر المفهوم الأخلاقي عند طلبة الطب قبل البداية بتدريس المنهج المعتمد.

٢. استبيان حول مصادر المفهوم الأخلاقي عند طلبة الطب

في بداية المقرر عن الأخلاقيات الطبية يعطى الطلبة استبياناً يتكون من أربعة أسئلة ويطلب منهم الإجابة عن الأسئلة بمصادقية. والأسئلة كالتالي:

(١) ما هي أهم خمسة أشياء أثرت على تفهمك للخطأ والصواب؟

(٢) اذكر ثلاثة أشياء تعزز بها كثيراً ولماذا؟

(٣) أوضح أهم المؤشرات لحياة فاضلة وأخلاقية وحاول أن تحدد ما هي

مصادر أفكارك؟

(٤) اذكر ثلاث فضائل (*virtues*) تعتقد أنها مهمة للوصول الى حياة فاضلة

ومفعمة.

وقد تم توزيع هذا الاستبيان خلال الأعوام الدراسية الأربع ١٩٩٦-٢٠٠٠

وشملت ٢٧٧ طالباً وطالبة موزعين كالتالي: ٧٤ طالباً وطالبة في العام الدراسي

٩٦-٩٧؛ و ٧٠ طالباً وطالبة في عام ٩٧-٩٨؛ و ٦٥ طالباً وطالبة في عام ٩٦-

٩٧ و ٦٨ طالباً وطالبة في عام ٩٩-٢٠٠٠.

أ. النتائج

يبين الجدول رقم (١) أهم خمسة عوامل يراها طلاب الطب ذات تأثير قوي

على نظرتهم ومفهومهم للصواب والخطأ. وكان على رأس القائمة: العائلة

(المتوسط ٨٨٪، المدى ٩-٧٩٪) يليها الدين (المتوسط ٧٩٪، المدى ٧٣-٨٨٪)؛

ثم التعليم (المتوسط ٦٦٪، المدى ٥٤-٧٩٪). ثم تأتي بعد ذلك الخبرة

الشخصية (٣٨٪) ودور المجتمع (١٨٪). إن هذا التسلسل يثير تساؤلات مهمة عن

كيفية الاستفادة من التعليم في توسيع مدارك الطلاب عن الأخلاقيات. وقد أوضح

الاستبيان أن أهم ثلاثة أشياء يعزز بها طلاب كلية الطب هي الأمانة (٣١٪)

والعائلة (٣١٪) والحب (١٨٪). وقد وضح أن مسائل الاعتزاز تختلف عن الأشياء

المؤثرة على النظرة الى الخطأ والصواب، ولكن الملاحظ أن العائلة ما زالت تحتل

مكاناً مرموقاً. وعند سؤال طلاب كلية الطب عن أهم المؤشرات لحياة فاضلة

وأخلاقية، وضح أن الأمانة (٢٢٪) واحترام الآخرين (١٨٪) ومعاملة الآخرين بالطريقة نفسها التي يحبون أن يعاملوا بها (جدول ٣) هي أهم المؤشرات؛ بينما كانت أهم ثلاث فضائل للوصول إلى حياة فاضلة ومفعمة هي الأمانة (٤٦٪) والحب (١٧٪) والتواضع (٥٪ جدول ٤).

ب. دلالات النتائج

تستوجب هذه النتائج (جدول ١-٤) أن نجري تفحصاً دقيقاً للإطار المفاهيمي الذي يجري في إطاره تدريس علم الأخلاق والأخلاق الحيوية، وللظواهر التي تتواجد أو لا تتواجد داخل نطاقه. إن النموذج السائد في تعليم مجال الأخلاق الحيوية هو إعطاء الطلاب سيناريو لبعض الحالات السريرية ومناقشتها بطريقة عقلانية واستنباطية استناداً إلى مجموعة من المفاهيم هي أساساً مبادئ الاستقلال الذاتي، وعدم الإيذاء، والاحسان والعدل وبعض القواعد المشتقة منها مثل السرية والخصوصية والصدق وهي مبادئ جيدة ومبدئية مستمدة أساساً من التقليد الغربي في الفلسفة التحليلية واستناداً إلى ما كتبه وأثاره الجيل الأول من الفلاسفة.

إنها في الحقيقة مبادئ جيدة يجب أن يتم تدريسها لكن في إطار المدلولات الأخلاقية والاجتماعية والدينية لكل مجتمع. لذلك لا بد من بذل الجهود العلمية والتعليمية في كل مجتمع لتحقيق أكبر قدر من التوافق بين المفاهيم التي ميزت الإطار الأخلاقي والعقلي للأخلاق الحيوية وبين القيم والمعتقدات والمعايير التي يتبناها المجتمع والتي تمثل الأساس لتقاليد الثقافية والحضارية وضميره الاجتماعي. وقد يستوجب هذا الاتجاه أن يتطور استخدام المناهج الأثنوجرافية كوسيلة للتعرف عن قرب على الكيفية التي يتم في إطارها تحليل المشكلات الأخلاقية إنسانياً وموقفياً.

ومن الممكن القول إن أخطر وأهم المشكلات الاجتماعية والأخلاقية التي شهدتها التعليم الطبي في لبنان وفي العالم العربي هي تلك التي نشأت خلال التحولات التي حدثت في العقود الثلاثة الماضية بالإضافة إلى التوسع

البياتولوجي في مدارس وكليات الطب، مما أضعف أية خطة لإحداث تكامل بين العلوم الاجتماعية والأخلاقيات وبين تعليم طلاب الطب. وهذا يشمل كل الدول العربية دون استثناء ولذلك يجب علينا أن نضع كل تلك المشكلات أمامنا وأن نجعلها جزءاً من المنهج الدراسي العام ومنهج مدارس الطب خاصةً آخذين في الاعتبار انه من الواجب علينا في مجتمع متعدد الأعراق و التقاليد مثل لبنان ألا نحاول الالتزام بوجهة نظر أخلاقية واحدة، ولكن يجب علينا تعليم الطبيب أهمية التفكير الجاد في العلاقة بينه وبين المريض ومعتقداته وفي العلاقة بين المهنة الطبية و المجتمع.

خاتمة

يجب الاهتمام الجاد بتدريس مناهج مبنية على روابط قوية ومتبادلة بين علم الأخلاق وعلم الأخلاق الحيوية والعلوم الاجتماعية والدراسات البيولوجية ودراسة الطب. ولا بد من أن تكون هذه المناهج تدريجية تبدأ من أول السلم التعليمي في المدارس الثانوية وتشمل الجامعات والدراسات فوق الجامعية. وأود في الختام أن أؤكد على أهمية تدريس مبادئ علم الأخلاق الحيوية في المراحل التعليمية الأساسية ومناقشة التحديات الاخلاقية التي انتجها التطور التكنولوجي المتسارع الخطى وأن يتم ذلك بطريقة منهجية، وعلينا ألا ننسى أن هذا الجيل معرض كل صباح ومساءً لأخبار التطورات العلمية وانبهاره بها دون إعطائه الفرصة للتفكير في التحديات الأخلاقية والاجتماعية التي سيعيشها في المستقبل نتيجة هذا التقدم العلمي. وتخوفي أننا إذا لم نبدأ منذ الآن في وضع هذه المناهج المترابطة وتدريسها في كل المراحل في إطار قيم وأخلاق وثقافة مجتمعاتنا، فقد يصيبنا الإخفاق في إحداث تغيير عميق وفعال ومستمر.

المراجع

- Alexander, S. (1962). They decide who lives, who dies. Life 53, 102-125.
- Annas, G.J., & Gordin, M.A. (Eds) (1992). The Nazi doctors and the Nuremberg code: Human rights in human experimentation. New York Oxford University Press.
- Botstein, D., White, R. L., Skolnick, M. & Davis R.W. (1980). Construction of genetic linkage in man using restriction fragment length polymorphism. Am. J. Hum. Genet. 32, 312-331.
- Boyd, K.M. (Ed.) (1987). Report of a working party on the teaching of medical ethics. The Pond Report. London IME Publications.
- Brant, A. (1978). Racisms & research: The case of the Tuskegee study. (Hastings Center Report. No. 6).
- Burns, C.R. (1995). Medical ethics. History of the Americas. In W. T. Reich (ed.) Encyclopedia of bioethics (vol. 3) (pp. 1610 - 1616). Mc Millan.
- Collins, F. S. (1999). The human genome project and the future of medicine in great issues for medicine in the twenty first century. Grossman, D.C. & Valtin, H. (Eds). Annals of the New York Academy of Science, 882, 42-55.
- Consensus Statement (1998). Teaching medical ethics and laws within medical education : A model for the U.K. care curriculum. Journal of Medical Ethics, 24, 188-92.
- Duff, R. & Campbell, A. (1973). Moral and ethical dilemmas in the special care nursing. New England Journal of Medicine, 289, 890-894.
- Edwards, R., & Steptoe, P. (1980). A matter of life: The story of a medical break through. London: Morrow Ltd.
- Eisenberg, V. H., Schenker & J. G. (1997). Genetic engineering: Moral aspects & control of practice. J. Assist. Repr. Genet. 14 (6), 297-316.
- Fox, E., Arnold ,R.M., & Brody, B. (1995). Medical ethics education, past present, future. Academic Medicine, 70, 761 - 769.
- Galen,(1997). The best doctor is a philosopher. In P.N. Singer (Translator + Ed.) Galen selected works (pp. 30-34). Oxford University Press.
- General medical Council, (1993). Tomorrows doctors. Issued by Education Committee of the General Medical Council. London. GMC.
- Hendriks, A. (1996). Legal and ethical aspects of new reproductive technology: The case of the prenatal. Mt. Sinai-J-Med. 15 (4), 677-689.
- Hepburn, E.R. (1996). Genetic testing and early diagnosis and intervention: Boon or burden. Med. Ethics , 22 (2), 105-110.

Hood, L. (1992). Biology and medicine in the twenty-first century. In D.J. Kevles & L. Hoods (Eds.), Code of codes (pp. 136-163). Harvard University Press. Cambridge Mass.

Jonsen, A.R. (1998). The birth of bioethic (chap. 8). New York Oxford University Press.

Jonsen, A.R. (2000). A short history of medical ethics. Oxford University Press.

Jonsen, A.R. (1998). The birth of bioethics. New York University Press.

Kjellstrand, C.M. (1996). High technology medicine and the old: The dialysis example. Journal Internak Medicine, 239, 195-210.

Lapton, M.L. (1999). To clone or not to clone, whither the law? Med. Law, 18 (1), 107-123.

Looy, M. (1967). Medical ethics of medieval Islam: With special reference to Al Ruhawis practical ethics of the physician. Philadelphia: American Philosophical Society, 93, 94, 71.

Ludwig Edelstein, (1967). The professional ethics of the Greek physician (pp. 319-348). John Hopkins University Press.

Merrit, J.P. Murray, J.E. Harrison J.H. & Guila, W.R. (1956). Successful hemotransplantation of the human kidney between identical twins. Journal of the American Medical Association, 160, 277-282.

Miles, S.H., Lane L.W., Bickel J, et al (1989). Medical ethics education. Coming of age. Academic Med., 64, 705 - 714.

Report of AdHoc Committee: Harvard Medical School (1968). A definition of irreversible coma. Journal of the American Medical Association, 205, 337-340.

Robin, E. (1964). Rapid scientific advances bring new ethical questions. Journal of the American Medical Association, 189, 112-113.

Roy, P. (1995). Medical ethics. History of Great Britain. In W. I. Reich (Ed.) Encyclopedia of bioethics (vol. 3) (pp. 1550 - 1554). Mc Millan.

Shaw, M.W. (1984). After Barney clerk. Reflections of the Utah artificial heart program. Austin : University of Texas Press.

Smith, K. C. (1998). Equivocal notions of accuracy & genetic screening of the general population. Mt. Sinai-J-Med., 65 (3), 178-184

Stickel, D. L. (1966). Ethical and moral aspects of transplantation. Monographs in the Surgical Sciences, 3 (4), 267-301.

Vaughn, P. (1970). The pill on trial. London: Weidenfield and Nichalson.

Verma, I. M. & Sonia, N. (1997). Gene therapy: Promises problems and prospects. Nature, 239-242.

Warren, K.S. (1984). The humanities in medical education. Annals internal medicine, 101, 697-701.

Watson, J. & Crick, F. (1953). The molecular structure of nucleic acids. Nature, 171 (4356), 737-738.

Wear, A., Geyer-Kordeh, J., & French, R. (Eds) (1993). Doctors & ethics: The earlier historical setting of professional ethics. Amsterdam: Rodopi.

ملحق بالجداول

جدول رقم (١) أهم خمسة أسباب أثرت على مفهوم طلاب الطب للصواب والخطأ

المجموع (ع = ٢٧٧)		٢٠٠٠ - ٩٩ (ع = ٦٨)		٩٩ - ٩٨ (ع = ٦٥)		٩٨ - ٩٧ (ع = ٧٠)		٩٧ - ٩٦ (ع = ٧٤)		الأسباب
%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	
(٨٨)	٢٤٣	(٧٩)	٥٤	(٨٦)	٥٦	(٩٦)	٦٧	(٨٩)	٦٦	الأسرة (العائلة)
(٧٩)	٢١٨	(٧٨)	٥٣	(٨٨)	٥٧	(٧٧)	٥٤	(٧٣)	٥٤	الدين
(٦٦)	١٨٤	(٥٦)	٣٨	(٥٤)	٣٥	(٧٩)	٥٥	(٧٦)	٥٦	التعليم
(٣٨)	١٠٦	(٤٧)	٣٢	(٤٣)	٢٨	(٤٣)	٣٠	(٢٢)	١٦	الخبرة الشخصية
(١٨)	٤٩	(٦)	٤	(١٧)	١١	(٢٤)	١٧	(٢٣)	٧١	المجتمع
(٧)	١٩	(٠)	٠	(١١)	٧	(٦)	٤	(١١)	٨	الفلسفة

* المدرسة / الجامعة / المدرسون / الكتب

جدول رقم (٢) أهم ثلاثة أشياء يعتنز بها طلاب كلية الطب - الجامعة الأميركية في بيروت

المجموع (ع = ٢٧٧)		٢٠٠٠ - ٩٩ (ع = ٦٨)		٩٩ - ٩٨ (ع = ٦٥)		٩٨ - ٩٧ (ع = ٧٠)		٩٧ - ٩٦ (ع = ٧٤)		الأشياء
%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	
(٣١)	٨٦	(٣٢)	٢٢	(٣٧)	٢٤	(٢٣)	١٦	(٣٢)	٢٤	الأمانة
(٣١)	٨٦	(٢٨)	١٩	(٣٥)	٢٣	(٣٧)	٢٦	(٢٤)	١٨	العائلة
(١٨)	٥٠	(١٢)	٨	(٣١)	٢٠	(٢٠)	١٤	(١١)	٨	الحب
(١٦)	٤٤	(١٩)	١٣	(٢٣)	١٥	(١٤)	١٠	(٨)	٦	الصداقة
(١١)	٣١	(٤)	٣	(٥)	٣	(١٤)	١٠	(٢٠)	١٥	الحرية
(١٠)	٢٩	(١٦)	١١	(٥)	٣	(١٦)	١١	(٥)	٤	الحياة
(٨)	٢٣	(١٢)	٨	(٦)	٤	(١٠)	٧	(٥)	٤	الصحة
(٧)	٢٠	(٠)	٠	(١٢)	٨	(١٤)	١٠	(٣)	٢	الدين

جدول رقم (٣) أهم المؤشرات لحياة فاضلة وأخلاقية

المجموع (ع = ٢٧٧)		٢٠٠٠ - ٩٩ (ع = ٦٨)		٩٩ - ٩٨ (ع = ٦٥)		٩٨ - ٩٧ (ع = ٧٠)		٩٧ - ٩٦ (ع = ٧٤)		المؤشرات
%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	
(٢٢)	٦٢	(١٦)	١١	(٢٣)	١٥	(٣٤)	٢٤	(١٦)	١٢	الأمانة
(١٨)	٥١	(١٥)	١٠	(٢٠)	١٣	(٢١)	١٥	(١٨)	٣٢	احترام الآخرين
(١٨)	٥١	(٣١)	٢١	(٢٥)	١٦	(٢٠)	١٤	(٠)	٠	معاملة الآخرين كما تحب أن يعاملوك
(١٤)	٤٠	(١٦)	١١	(٩)	٦	(١٦)	١١	(١٦)	١٢	مساعدة الآخرين
(١٤)	٤٠	(١٩)	١٣	(٠)	٠	(٢٠)	١٤	(١٨)	١٣	عدم الإيذاء
(١١)	٣٠	(٤)	٣	(١٨)	١٢	(٩)	٦	(١٢)	٩	الدين
(٧)	٢٠	(١٢)	٨	(٠)	٠	(١٤)	١٠	(٣)	٢	محبة الآخرين

جدول رقم (٤) أهم ثلاث فضائل للوصول إلى حياة فاضلة ومفعمة كما يراها طلاب

الطب- الجامعة الأميركية في بيروت

المجموع (ع = ٢٧٧)		٢٠٠٠ - ٩٩ (ع = ٦٨)		٩٩ - ٩٨ (ع = ٦٥)		٩٨ - ٩٧ (ع = ٧٠)		٩٧ - ٩٦ (ع = ٧٤)		الفضائل
%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	
(٤٦)	١٢٧	(٤٦)	٣١	(٤٦)	٣٠	(٤٣)	٣٠	(٤٩)	٣٦	الأمانة
(٧٥)	٤٨	(٢١)	١٤	(٩)	٦	(٢١)	١٥	(١٨)	١٣	الحب
(٥)	١٣	(٠)	٠	(٠)	٠	(١٠)	٧	(٨)	٦	التواضع

